

ANNA HUNCA-BEDNARSKA, MAREK MASIAK

ZASTOSOWANIE TESTU PIRAMID BARWNYCH  
K. WARNERA SCHAIE I ROBERTA HEISSA  
DO OCENY SFERY EMOCJONALNEJ  
CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ

WSTĘP

Badanie sfery emocjonalnej jest trudne nie tylko z powodu jej złożoności, ale również z tego względu, że pojęcia opisujące emocjonalność nie są uporządkowane i często różne w różnych kulturach i językach. Jak wielokrotnie pisała Wierzbicka (1992, 1999), nauka o emocjach została zdominowana przez kulturę anglojęzyczną i istnieje tendencja, by specyficzny dla tej kultury sposób mówienia o emocjach był generalizowany na inne kultury i traktowany normatywnie. Tymczasem np. język polski, jak zauważa Doliński (2000, s. 397), jest znacznie bogatszy i subtelniejszy. Nie ma np. dobrego odpowiednika w języku angielskim dla polskiego wyrazu „uczucie”. Być może dlatego niektóre emocje uważane przez niektórych angielskich badaczy za podstawowe (Doliński, 2000, s. 364) wydają się według intuicji polskiego mówcy odpowiadać raczej kategorii „uczucie” niż kategorii „emocja” (np. wstyd). Niezależnie od wpływów kulturowych psychologia zawsze miała problemy z klasyfikacją zjawisk emocjonalnych (Doliński, 2000; Averill, 1998, s. 320). Dlatego łatwiejsze wydaje się badanie formalnych (ogólnych) cech systemu emocjonalnego, a nie emocji jako takich<sup>1</sup>. Należałoby powrócić do zapomnianego już dziś pojęcia afektu. Powraca ono najczęściej na marginesie

---

DR ANNA HUNCA-BEDNARSKA, Klinika Psychiatrii AM, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin.

PROF. DR HAB. MAREK MASIAK, Klinika Psychiatrii AM, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin.

<sup>1</sup> Na przykład Le Senne’a koncepcja charakteru jako zespołu wrodzonych dyspozycji (Siek, 1986), na którą powołuje się W. Korczak w swych badaniach za pomocą testu barw (Weysenhoff, 1991, s. 50).

innych zagadnień, zawsze jednak łączy się z czymś bardziej podstawowym niż emocje i uczucia. Od czasów Wundta istnieje zamieszanie w terminologii dotyczącej emocji i uczuć; często używa się zamiennie takich terminów, jak afekt, emocje, uczucie. Trójwymiarowa teoria uczuć opracowana przez Wundta (przyjemny-nieprzyjemny, napięty-zrelaksowany, podniecony-spokojny) (Wrońska, 1990; Zajonc, 1985) to raczej afektywne tło, na którym mogą pojawiać się różne w treści emocje czy w jeszcze większym stopniu intelektualizowane uczucia. Shweder (1998), który emocje rozumie jako schematy interpretacyjne służące do nadawania znaczenia i postaci własnym odczuciom somatycznym i afektywnym, afekt rozumie właśnie jako pewne doświadczenie<sup>2</sup>, które stanowi jedynie miejsce do wypełniania przez bardziej złożone struktury; jest to doświadczenie, które można opisywać za pomocą wymiarów, np. ciepło-zimno, pełnia-pustka, otwarcie-zamknięcie. Dopiero wiązkom takich wymiarów można przypisać emocje. Na przykład szczęścia czy radości doświadcza się raczej jako ciepła, poczucia pełni, otwarcia, a nie jako zimna, pustki i zamknięcia (Shweder, 1998). Emocje mają pewną treść. Związane są z wydarzeniami (wspomnieniami, planami), dlatego badając preferencje barwne, nie badamy emocji, a tylko pewien stan afektywny. Gdy ktoś wybiera np. czerwień, nie wiadomo, czy wybór ten oznacza miłość, czy nienawiść, ale można przypuszczać, że osoba wybierająca tę właśnie barwę znajduje się w stanie pobudzenia. Autorzy Testu Piramid Barwnych (TPD), który polega na badaniu preferencji barwnych, uważają, że test ten bada afekty, emocje i nastroje. Afekty to krótkotrwałe, szybko rozpraszające się odczucia będące intensywną reakcją na zewnętrzną lub wewnętrzną stymulację. Emocje to stany uporczywe, odnoszące się do swoistych obiektów i treści. Nastrój to stan ukierunkowujący reakcje emocjonalne i oscylujący między uniesieniem a depresją. Te trzy rodzaje odczuć emocjonalnych tworzą dynamiczny, samoregulujący się i dążący do homeostazy system (Schaie, Heiss, 1974, s. 113-114; Kwiatkowska [b.r.], s. 12; Zagórska, 1994, s. 22). Barwy poprzez swą wartość pobudzającą, aktywizującą, uspokajającą, a także podnoszącą lub obniżającą nastrój są jakby ze swej natury predysponowane do badania tego systemu. Interesujące wydaje się podobieństwo między przestrzenią afektywną, tak jak ją rozumie Shweder, a określeniem kolorów za pomocą przymiotników w licznych badaniach cytowanych przez autorów testu (1998, s. 81-91;

---

<sup>2</sup> Wydaje się, że doświadczenie to można w pewnym sensie przyrównać do preferend Zajonca (1985) czy wczesnych etapów wzbudzania emocji w teorii Izarda (za: Doliński, 2000, s. 338) i łączyć z aktywacyjnymi teoriami emocji (Doliński, 2000; Wrońska, 1990).

Kwiatkowska [b.r.], s. 12). W prezentowanej tu pracy podkreśla się użyteczność TPB do badania formalnych aspektów emocjonalności, którą rozumie się tu jako afektywność i która odpowiada ogólnej koncepcji emocjonalności jako systemu wypracowanej przez Heissa (Schaie, Heiss, 1964, s. 113). Koncepcja ta nie wydaje się niezgodna z systematycznym i integrującym najnowszym osiągnięciem psychologii emocji ujęciem Russella (2003). Russell jest kontynuatorem poglądów K. Oatleya i P. N. Johnson-Lairda, którzy stoją na stanowisku, że emocja będąca zawsze reakcją na jakiś obiekt nie jest zjawiskiem prostym i wobec tego należy szukać zjawisk bardziej elementarnych (tzw. *primitives*). Russell wprowadza pojęcie afektu jądrowego (*core affect*), które sytuuje blisko pojęcia afektu opisanego przez D. Watsona i A. Tellegena, a także blisko tego, co W. N. Morris nazywa nastrojem i co zwykle określa się mianem odczucia (*feeling*). Afekt jądrowy wyznaczany jest przez dwa wymiary: wymiar horyzontalny (przyjemność–nieprzyjemność) i wymiar wertykalny symbolizujący natężenie pobudzenia (*arousal*). Dzięki tym dwóm ortogonalnym wymiarom można zaznaczyć punktem każdą kombinację możliwych proporcji przyjemności i przykrości, aktywacji i deaktywacji. Afekt jądrowy jest zjawiskiem elementarnym i uniwersalnym, prostym na poziomie subiektywnego odczucia, choć złożonym na poziomie biologicznym; mimo że jest doznaniem mentalnym, nie osiąga poziomu poznawczego i refleksyjnego, jest „wolno pływający” (*free-floating*), nie odnosząc się do żadnego konkretnego obiektu, i modelowany głównie przez bodźce wewnętrzne. Funkcje afektu jądrowego to przede wszystkim ocena własnego stanu, ale afekt ten wpływa również na ocenę obiektów, bierze udział w kształtowaniu się postaw i bywa łączony z zewnętrznymi przyczynami; wpływa też na przebieg epizodów emocjonalnych (które można utożsamiać z tradycyjnie pojętymi emocjami), a także zmienia się pod ich wpływem (Russell, 2003, s. 147-151)<sup>3</sup>. Poszukiwanie elementarnych składników, za pomocą których można opisywać zjawiska emocjonalne, przypomina poglądy Wierzbickiej, która szuka uniwersalnych indefinibiliów semantycznych i na którą Russell wielokrotnie się powołuje. W koncepcji afektu jądrowego zawiera się hipoteza, że część znaczenia wszelkich wyrazów związanych z emocjonalnością może być ujęta za pomocą

---

<sup>3</sup> Pojęcie epizodu emocjonalnego jest bardzo podobne do rozumienia emocji u K. R. Scherera. Badacz ten traktuje emocję jako epizod, pewne okno czasowe, w trakcie którego różne składniki ulegają synchronizacji lub desynchronizacji w wysoce zróżnicowany sposób (Scherer, 1998, s. 32). Russell cytuje Scherera w kontekście problemu wyrazu mimicznego twarzy (2003, s. 163), wydaje się jednak, że osiągnięcia Scherera powinny być dobitniej zaznaczone.

omawianych dwóch wymiarów. „The hypothesis [...] is that part of the meaning of all mood – and emotion – related words in any language can be summarized by these two underlying dimensions” (Russell, 2003, s. 153). W koncepcji Heissa (Schaie, Heiss, 1964, s. 113) mamy także do czynienia z wymiarowością. Pobudzenie (*arousal*) (reakcje nagłe i szybko zanikające *versus* reakcje przedłużające się w czasie z tendencją do zalegania) i podniecenie (*excitation*) (reakcje silne *versus* reakcje słabe) zdają się odpowiadać wymiarowi wertykalnemu u Russella, podczas gdy treść afektywna (*affective content*) – wymiarowi horyzontalnemu (przyjemność-przykrość).

Sfera emocjonalna chorych na schizofrenię cechuje się zubożeniem uczuciowym (ilościowym ograniczeniem lub brakiem przeżywania uczuć), spłyceciem (zatraceniem intensywności i modulacji przeżyć emocjonalnych) oraz zubożeniem uczuć (przewagą uczuć mniej złożonych) (Wciórka, 2002, s. 366-367). Zaburzenia dotyczą więc głównie (poza, być może, zubożeniem uczuć) formalnych cech doznań emocjonalnych, a nie ich treści (Borod, 2000, s. 434-436), a więc tego, co w tej pracy nazywamy afektywnością i co można opisywać za pomocą wymiaru pobudzenia, aktywacji, pozytywności-negatywności, a także za pomocą takich pojęć, jak sztywność lub plastyczność systemu emocjonalnego i mechanizmy jego regulacji. Postawiono sobie pytanie, czy system afektywny chorych na schizofrenię różni się od systemu afektywnego ludzi zdrowych w tym swoim aspekcie, który związany jest z preferencją barw.

## METODA

Instrukcja TPB zawiera polecenie, by za pomocą kolorowych kwadracików badana osoba ułożyła trzy ładne i trzy brzydkie piramidy. Test doczekał się swojej modyfikacji w 1975 r. (Heiss, Halder, Höger, 1998). Nie wchodząc w szczegółowe porównanie obu wersji należy zauważyć, że nie wszystkie wprowadzone zmiany wydają się do końca uzasadnione. Kolory różnią się swoją jakością, jasnością i nasyceniem. Nowa wersja testu, rezygnując ze zróżnicowania jasności i nasycenia, bada jedynie wpływ samej jakości koloru. Trudno rozstrzygnąć, co jest lepsze; są to dwa różne testy. Bodźce barwne różniące się między sobą nawet nieznacznie są już zupełnie innymi bodźcami a reakcje na nie są nieporównywalne, np. status bieli zmienił się diametralnie (w porównaniu z TPB), gdy zastosowano szare tło, na którym eksponowano barwy (Weyssenhoff, 1991, s. 147). Zdecydowano się na wykorzystanie ory-

ginalnej wersji testu głównie dlatego, by móc odnieść się do wyników badań przeprowadzonych na populacji osób chorych na schizofrenię; według wiedzy autorów badania takie nie są liczne, a te, których wyniki są dostępne, dotyczą oryginalnej wersji testu.

Przypisanie znaczenia kolorom i ich odcieniom zostało oparte na fizycznych właściwościach barw, a także na wynikach skalowań np. dyferencjałem semantycznym (Schaie, Heiss, 1964, s. 23) oraz na podstawie przypisywania kolorom zestawów określeń przymiotnikowych (s. 22). Mimo to interpretacja znaczeń poszczególnych kolorów wydaje się czasem zbyt spekulatywna. Podobny problem pojawia się często także w tzw. obiektywnych metodach psychologicznych (np. nie do końca jasny interpretacyjnie jest czynnik psychotyzmu w kwestionariuszu H. J. Eysencka). Samo badanie i sporządzanie wyników zbiorczych w TPB odpowiada wymogom testów obiektywnych. Badana osoba dokonuje wielu decyzji co do wyboru kolorów i ich umiejscowienia na schemacie piramidy, a osoba badająca posługuje się obiektywnymi kryteriami oceny i zliczania wyników. Ponadto wykonanie testu przez badanego nie wymaga używania przez niego języka do wyrażania swoich odczuć ani introspekcji. Test jest łatwy do wykonania, trwa średnio 10-15 minut, nie wymaga szczególnej koncentracji uwagi ani korzystania z zasobów zgromadzonej wiedzy; wydaje się też w dużym stopniu wolny od wpływów kulturowych, choć z pewnością na preferencję kolorów oddziałują w jakiś sposób zjawiska językowe (system leksykalizacji barw) i socjokulturowe (np. moda). Autorzy testu wyróżnili kilka zespołów kolorów, którym nadali pewne ogólniejsze znaczenie. Są to tzw. syndromy i one będą głównym przedmiotem zainteresowania w niniejszym opracowaniu obok tzw. sekwencji, czyli charakterystyki stylu dokonywania wyborów (ich stałości lub zmienności). Wyróżnia się pięć syndromów. Kolor czerwony, niebieski i zielony, jako najbardziej popularne, tworzą tzw. syndrom „normalności” (*the normal syndrome*). Kolor czerwony, pomarańczowy i żółty – syndrom stymulacji (*the stimulation syndrome*). Kolor żółty, zielony i brązowy to syndrom popędów (*the drives syndrome*). Kolor pomarańczowy, purpurowy, brązowy i biały tworzą syndrom dezorganizacji (napięcia i chaosu) (*the turmoil syndrome*). Kolor biały, szary i czarny to syndrom achromatyczny (*the achromatic syndrome*). Syndrom stymulacji i syndrom popędów można z łatwością połączyć z wymiarem pobudzenia. Wymiar wartościowania ma swoje odbicie w TPB w poleceniu ułożenia piramid ładnych i brzydkich. Test dodatkowo jakby (z naszego punktu widzenia) wyposażony jest w możliwość oceny syndromu „normalności” i syndromu „achromatycznego”. Syndromy te, jako oparte głównie na często-

ci wyborów dokonywanych przez osoby zdrowe, mogą pełnić rolę wskaźnika przystosowania czy też wskaźnika zachowania konwencjonalnego. Syndrom napięcia i chaosu zdaje się łączyć z wymiarem pobudzenia przy równoczesnym blokowaniu jego ekspresji (być może syndrom ten dotyczy również wymiaru wartościowania). Można powiedzieć, że TPB odzwierciedla wymiary charakteryzujące sferę emocjonalną, ale ponadto uwzględnia mechanizmy regulujące system emocjonalny (blokowanie, tłumienie, wyparcie, regresja) wypracowane przez psychologię dynamiczną.

Jak wynika z przedstawionych metod przypisywania znaczenia poszczególnym kolorom<sup>4</sup>, psychologiczna interpretacja preferencji barw jest trudna. Być może dlatego większym uznaniem cieszą się badania nad zapamiętywaniem, rozpoznawaniem, kategoryzacją i leksykalizacją barw (Bobyryk, 1985; Frumkina, 1984; Taylor, 2001; Wierzbicka, 1999). Samo mechaniczne badanie preferencji nie wystarcza, gdyż nie znamy mechanizmu ustosunkowania się człowieka do barwy (Zagórska, 1991). Wybieram barwę, bo jest ona projekcją moich cech, czy też wybieram barwę, bo kompensuję sobie to, czego mi brak? Odrzucam barwę, bo jest mi obca, czy też – odrzucam ją, bo reprezentuje to, co tkwi we mnie, ale jest nieakceptowane? Badania nad korelacją między preferencją poszczególnych barw a cechami osobowości (choć nie zawsze jednoznaczne) (np. Heiss, Halder, Höger, 1998, s. 65-67) pomagają nie tylko nadać znaczenie barwom, lecz także skłaniają do opowiedzenia się za istnieniem zależności: wybór barwy-istnienie cechy.

Formuła sekwencji to inaczej mówiąc cztery wartości cyfrowe, z których pierwsza odpowiada liczbie barw (z 10 możliwych) wybieranych do budowy trzech kolejnych piramid (CS – *the constant sum*), druga odnosi się do liczby barw wybieranych do budowy dwóch piramid (M i S – *the sum of minimal change*), a trzecia dotyczy liczby barw wybieranych do jednej tylko piramidy (MaS – *the sum of maximal change*). Ostatnia wartość to liczba barw nie uwzględnionych w żadnej z trzech piramid (AS – *the avoidance sum*). Formułę sekwencji ustala się osobno w odniesieniu do piramid ładnych i w odniesieniu do piramid brzydkich. Przykłady sekwencji to np: 0 – 0 – 10 – 0, 7 – 0 – 0 – 3 czy 1 – 0 – 0 – 9. Pierwsza sekwencja wskazuje na zdecydowaną labilność wyborów, ponieważ badana osoba wykorzystuje wszystkie możliwe barwy, ale zmienia ich zestaw w każdej z piramid. Druga sekwencja

---

<sup>4</sup> Nie wspomniano w ogóle o znaczeniu symbolicznym, ponieważ z natury swojej jest ono poliwalentne.

wskazuje na raczej szeroki zakres wybieranych barw (7) i konsekwentne ich zastosowanie do budowy trzech piramid. Badana osoba pomija w swoich wyborach trzy kolory – najczęściej mamy tu do czynienia z odrzucaniem odcieni achromatycznych przy układaniu piramid ładnych. Opisany tu układ reakcji świadczy o dojrzałości i stabilności emocjonalnej. Trzecia z przykładowych sekwencji odzwierciedla konsekwentny, ale niezwykle zawężony wybór barw. Badana osoba ogranicza się do wykorzystywania tylko jednego koloru (najczęściej różnych jego odcieni), odrzucając wszystkie inne możliwe sposoby reagowania. A oto krótki opis poszczególnych kategorii sekwencji:

1. Wybory labilne o szerokim zakresie (*wide labile choice*). Sekwencje zaliczane do tej kategorii świadczą o potrzebie intensywnej stymulacji, ekstremalnej labilności oraz patologicznej wręcz niesolidności i niestabilności. Sekwencja podana wyżej jako pierwszy przykład należy do tej właśnie kategorii.

2. Umiarkowanie labilne wybory (*moderate labile choice*). Tutaj zaliczane są te sekwencje, które świadczą o nieco bardziej ograniczonej przestrzeni życiowej i nieco bardziej zawężonym repertuarze reakcji. Gdy CS wynosi 2 lub 3, badana osoba charakteryzuje się zupełnie niezłą produktywnością i lepszym zorganizowaniem działań wokół wytyczonych sobie celów.

3. Labilne wybory z równoczesnym zawężeniem (*restricted labile choice*) – labilność przy zawężonym repertuarze reakcji odzwierciedla wewnętrzne napięcie i jest spotykana wśród osób neurotycznych, a także wśród chorych na schizofrenię.

4. Elastyczne wybory przy zachowanym szerokim zakresie reakcji (*wide flexible choice*) świadczą o dobrym przystosowaniu i umiejętności optymalnego reagowania bez niepotrzebnego ograniczenia przestrzeni psychicznej.

5. Umiarkowanie elastyczne wybory (*moderate flexible choice*) odpowiadają prawidłowemu (przeciętnemu) przystosowaniu.

6. Elastyczne wybory przy równoczesnym zawężeniu reakcji (*restricted flexible choice*) – w taki sposób reagują osoby o przeciętnych możliwościach adaptacyjnych, chociaż kosztem pewnych ograniczeń.

7. Wybory o szerokim zakresie charakteryzujące się stałością (*wide constant choice*) świadczą o tym, że badana osoba odpowiada na szeroki zakres bodźców, ale czyni to w mało zróżnicowany, perseweracyjny sposób. Ten typ reagowania spotyka się często u adolescentów, a także wśród osób dorosłych charakteryzujących się niedojrzałością i naiwnością.

8. Umiarkowanie stałe wybory (*moderate constant choice*). Sekwencje należące do tej kategorii występują u osób dojrzałych psychicznie, o wyraźnie

zaznaczonej potrzebie utrzymywania pewnej ciągłości w osobistym doświadczeniu. Drugi z omówionych wyżej przykładów sekwencji należy do tej właśnie kategorii.

9. Zawężone stałe wybory (*restricted constant choice*) – należą tu sekwencje występujące u osób, które uzyskały stabilizację dzięki często drastycznemu ograniczeniu swoich doświadczeń i reagowaniu jedynie w stereotypowy sposób. Na podstawie wywiadu często stwierdza się u tych osób kryzysy emocjonalne lub stany depresyjne. Trzeci przykład z omówionych wyżej sekwencji należy do kategorii zawężonych, stałych wyborów (Schaie, Heiss, 1964, s. 125-135).

Opisanych kategorii sekwencji nie można traktować mechanicznie – do poszczególnych grup sekwencji należą bowiem różne układy cyfr, świadczące często o dużym zróżnicowaniu poszczególnych przypadków. Ponadto, mimo iż sama sekwencja wyborów jest cechą formalną niezależną od jakości wybieranych barw, w niektórych przypadkach zasadnicze znaczenie odgrywa właśnie dobór tych, a nie innych kolorów, np. w kategorii 8 przy wyborze nietypowych barw należy liczyć się z zupełnie odmiennymi od oczekiwanych cechami badanej osoby.

Autorzy testu (za: W. Karlem) zakładają, że barwy użyte do budowy piramid ładnych odzwierciedlają świadome i łatwo aktywizowane cechy osobowości, natomiast barwy użyte do budowy piramid brzydkich odpowiadają tym cechom, które są świadomie odrzucane, lub tym, które leżą niżej w hierarchii reakcji danej osoby (Schaie, Heiss, 1964, s. 136).

#### OSOBY BADANE

Badani to 72 osoby chore na schizofrenię (43 mężczyzn i 29 kobiet) oraz dobrani według wieku i wykształcenia 20 kobiet zdrowych i 29 zdrowych mężczyzn; w sumie 121 osób. Średni wiek chorych mężczyzn wynosił 24,9 lat, a średni wiek mężczyzn zdrowych – 27,2 lat. Średni wiek chorych kobiet wynosił 23,5 lat, a kobiet zdrowych – 25,7. Wśród badanych przeważało wykształcenie wyższe (lub niepełne wyższe); odnosiło się to do przeszło połowy osób (66% dla zdrowych mężczyzn, 55% dla zdrowych kobiet, 58% dla chorych kobiet) i tylko w grupie chorych mężczyzn wynosiło 44%. Pozostali badani mieli wykształcenie średnie (lub niepełne średnie). Wykształcenie zawodowe lub podstawowe zdarzało się sporadycznie (nie było go w grupie



kontrolnej kobiet), w grupie kontrolnej mężczyzn wynosiło 11%, w grupie chorych mężczyzn 9% i w grupie kobiet chorych również 9%. Chorzy byli badani w stosunkowo dobrym stanie psychicznym, w ostatnich dniach przed wypisaniem ze szpitala. Wszystkie osoby chore miały rozpoznaną schizofrenię paranoidalną. Czas choroby wahał się od 1 roku do 10 lat. Wszyscy chorzy byli pacjentami Kliniki Psychiatrii w Lublinie.

## WYNIKI

Dla stwierdzenia ewentualnych różnic między osobami zdrowymi i chorymi w odniesieniu do poszczególnych syndromów zastosowano *U* Manna-Whitneya. Mimo że jedynie wyniki dotyczące syndromu achromatycznego miały rozkład skośny (z Kołmogorowa-Smirnowa = 2,441; istotność = 0,000), nie zastosowano testu *t*, ponieważ badane grupy nie były równoliczne i test ten nie ujawnił żadnych różnic między obu grupami badanych.

Wbrew oczekiwaniom osoby zdrowe i chore nie różniły się pod względem syndromów, z wyjątkiem syndromu achromatycznego w odniesieniu do piramid ładnych i syndromu dezorganizacji w odniesieniu do piramid brzydkich. Chorzy na schizofrenię (łącznie kobiety i mężczyźni) istotnie częściej niż osoby zdrowe wybierali odcienie achromatyczne do budowy piramid ładnych, a rzadziej preferowali kolory najbardziej popularne, tworzące syndrom „normalności”, ale ta ostatnia różnica zbliżała się jedynie do istotności. Osoby zdrowe istotnie częściej wybierały do układania piramid brzydkich barwy należące do syndromu dezorganizacji.

Istotną zmienną różnicującą badane osoby okazała się płeć, ale jedynie w odniesieniu do piramid brzydkich. Najwięcej istotnych różnic pojawiło się między zdrowymi kobietami i zdrowymi mężczyznami, a następnie między całą grupą kobiet i całą grupą mężczyzn. Zdrowe i chore kobiety różniły się w dwu syndromach, ale zdrowi mężczyźni i chorzy mężczyźni nie różnili się między sobą w żadnym syndromie – ani w odniesieniu do ładnych, ani do brzydkich piramid. W tab. 2 zawarte są odpowiednie dane, z pominięciem porównania grupy zdrowych i chorych mężczyzn.

Tab. 1. Istotność różnic między osobami zdrowymi i chorymi w odniesieniu do poszczególnych syndromów

Syndromy		Średnie		Odchylenia standardowe		U Man- na-Whit- neya	z	Istotność asymptotycz- na (dwu- stronna)
		zdrowi	chorzy	zdrowi	chorzy			
Pira- midy ładne	syndrom nor- malności	26,39	24,26	6,65	6,46	1418,0	-1,830	0,067
	syndrom sty- mulacji	17,33	16,88	7,05	5,49	1632,0	-0,699	0,485
	syndrom popędów	17,92	16,78	6,82	5,79	1663,0	-0,534	0,593
	syndrom dez- organizacji	10,86	11,71	5,46	5,22	1577,5	-0,987	0,324
	syndrom a- chromatycz- ny	3,29	4,56	4,76	4,67	1320,0	-2,384	0,017*
Pira- midy brzyd- kie	syndrom nor- malności	15,78	16,93	6,37	6,97	1548,5	-1,140	0,254
	syndrom sty- mulacji	11,43	11,88	6,77	5,38	1533,0	-1,222	0,222
	syndrom popędów	12,18	12,10	7,01	5,20	1681,5	-0,437	0,662
	syndrom dez- organizacji	16,84	13,94	6,22	6,38	1301,0	-2,450	0,014*
	syndrom a- chromatycz- ny	12,12	13,07	8,20	9,06	1720,0	-0,233	0,816

$p = 0,05$

Tab. 2. Istotności różnic między grupami kobiet i mężczyzn dotyczące poszczególnych syndromów w odniesieniu do piramid brzydkich

Syndromy	Średnie		Odchylenia standardowe		U Manna-Whitneya	z	Istotność asymptotyczna (dwustronna)
	zdrowe kobiety	zdrowi mężczyźni	zdrowe kobiety	zdrowi mężczyźni			
Syndrom normalności	13,25	17,52	5,24	6,57	175,0	2,344	0,019*
Syndrom stymulacji	8,95	13,14	4,68	7,51	195,0	-1,939	0,053
Syndrom popędów	14,65	10,48	7,38	6,32	189,5	-2,048	0,041*
Syndrom dezorganizacji	18,90	15,41	6,27	5,87	189,0	-2,060	0,039*
Syndrom a-chromatyczny	13,30	11,31	8,29	8,19	244,0	-0,937	0,349
Syndrom normalności	kobiety (ogółem)	mężczyźni (ogółem)	kobiety (ogółem)	mężczyźni (ogółem)	1278,0	-2,570	0,010*
	14,69	17,67	6,58	6,61			
Syndrom stymulacji	10,29	12,65	5,16	6,30	1397,0	-1,942	0,052
Syndrom popędów	13,84	10,97	5,69	5,92	1215,5	-2,902	0,004**
Syndrom dezorganizacji	16,78	13,99	6,87	5,93	1406,5	-1,892	0,059
Syndrom a-chromatyczny	12,86	12,57	8,70	8,76	1704,0	-0,317	0,751
Syndrom normalności	zdrowe kobiety	chore kobiety	zdrowe kobiety	chore kobiety	218,5	-1,458	0,145
	13,25	15,69	5,24	7,29			
Syndrom stymulacji	8,95	11,21	4,68	5,35	193,5	-1,974	0,048*
Syndrom popędów	14,65	13,28	7,38	4,21	254,5	-0,724	0,469
Syndrom dezorganizacji	18,90	15,31	6,27	6,99	189,5	-2,050	0,040*
Syndrom a-chromatyczny	13,30	12,55	8,29	8,11	266,5	-0,479	0,632

\*  $p = 0,05$ ; \*\*  $p = 0,01$

Zdrowe kobiety istotnie częściej niż zdrowi mężczyźni decydowały się na budowę piramid brzydkich z kolorów należących do syndromu popędów i syndromu dezorganizacji, a istotnie rzadziej posługiwały się najbardziej popularnymi kolorami (syndrom „normalności”). Zdrowe kobiety rzadziej też wykorzystywały kolory związane z syndromem stymulacji, ale różnica ta nie osiągnęła poziomu istotności (choć była bardzo do niego zbliżona). Syndrom achromatyczny nie różnicował zdrowych mężczyzn i zdrowych kobiet.

Wszystkie kobiety, zarówno chore, jak i zdrowe, częściej niż mężczyźni w piramidach brzydkich wykorzystywały kolory z syndromu popędów oraz kolory z syndromu dezorganizacji, choć ta ostatnia różnica zbliżała się jedynie do istotności; rzadziej natomiast używały kolorów z syndromu „normalności” i syndromu stymulacji (choć ta druga różnica również zbliżała się jedynie do istotności).

Tab. 3. Istotności różnic w formule sekwencji między poszczególnymi grupami badanych osób

Badane grupy	Piramidy ładne			Piramidy brzydkie		
	$\chi^2$	<i>df</i>	Istotność asymptotyczna	$\chi^2$	<i>df</i>	Istotność asymptotyczna
Kobiety zdrowe, mężczyźni zdrowi	9,501	7	0,219	4,237	6	0,645
Kobiety chore, mężczyźni chorzy	3,977	8	0,895	10,926	8	0,206
Mężczyźni zdrowi, mężczyźni chorzy	9,568	8	0,297	13,321	7	0,065
Kobiety zdrowe, kobiety chore	11,571	8	0,171	7,129	7	0,416
Chorzy/zdrowi ogółem	17,374	8	0,026*	16,076	8	0,041*
Kobiety/mężczyźni ogółem	10,087	8	0,259	10,833	8	0,211
Kobiety zdrowe, kobiety chore	11,571	8	0,171	7,129	7	0,416
Chorzy/zdrowi ogółem	17,374	8	0,026*	16,076	8	0,041*
Kobiety/mężczyźni ogółem	10,087	8	0,259	10,833	8	0,211

\*  $p = 0,5$

U kobiet wystąpiła tendencja do częstszego wybierania do budowy piramid brzydkich tych kolorów, które łączą się z syndromem napięcia i dezorganizacji. Kobiety chore istotnie częściej niż kobiety zdrowe używały kolorów należących do syndromu stymulacji, a więc tych, które uważane są za pobudzające i łączące się z emocjonalnym reagowaniem na bodźce płynące z otoczenia.

Osoby chore na schizofrenię różniły się od osób zdrowych pod względem formuły sekwencji zarówno przy układaniu ładnych, jak i brzydkich piramid. Odpowiednie dane zawarte są w tab. 3.

To osoby chore, a zwłaszcza chorzy mężczyźni (w odniesieniu do piramid brzydkich różnica między zdrowymi a chorymi mężczyznami zbliżała się do istotności) wykazali większą stałość w swoich preferencjach barwnych; o kierunku różnic można wnosić z liczebności zawartych w tab. 4.

Tab. 4. Liczby i procenty osób zaklasyfikowanych do poszczególnych kategorii sekwencji

Kategoria	Piramidy ładne				Piramidy brzydkie	
	zdrowi	chorzy	zdrowi	chorzy	zdrowi mężczyźni	chorzy mężczyźni
1	8 16,3%	12 16,7%	22 45,8%	18 25,0%	14 48,3%	9 20,0%
2	20 40,8%	11 15,3%	8 16,7%	4 5,6%	5 17,2%	2 4,7%
3	6 12,2%	7 9,7%	5 10,4%	7 9,7%	3 10,3%	5 11,6%
4	3 6,1%	8 11,1%	6 12,5%	14 19,4%	3 10,3%	12 27,9%
5	2 4,1%	7 9,7%	1 2,1%	4 5,6%	0 0	1 2,3%
6	0 0	2 2,8%	0 0	3 4,2%	0 0	1 2,3%
7	3 6,1%	17 23,6%	5 10,4%	19 26,4%	4 13,8%	11 25,6%
8	5 10,2%	4 5,6%	1 2,1%	1 1,4%	0 0	0 0
9	2 4,1%	4 5,6%	0 0	2 2,8%	0 0	2 4,7%

Osoby chore uzyskały wyższe wartości w liczbie barw wybieranych konsekwentnie we wszystkich trzech ładnych piramidach (CS) (średnie rangi odpowiednio: 68,67; 49,73;  $U$  Manna-Whitneya = 1212,0;  $z = -2,960$ ;  $p < 0,005$ ) i mniejsze wartości w liczbie barw wybieranych do ułożenia tylko

jednej piramidy (MaS) (średnie rangi odpowiednio: 54,56; 70,47;  $U$  Manna-Whitneya = 1300,0;  $z = -2,503$ ;  $p < 0,05$ ).

## OMÓWIENIE WYNIKÓW I WNIOSKI

Według wiedzy autorów niniejszej pracy, badania chorych na schizofrenię za pomocą TPB były prowadzone głównie w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku. Spośród różnych aspektów tego badania (struktura piramid, formuła sekwencji, preferencje barw) najczęściej oceniana była preferencja barw, często jako efekt przeprowadzanego leczenia; np. badania H. Beckera i H. Ziolkó (Heiss, Halder, Höger, 1998, s. 98). W podręczniku Schaie i Heissa (1964, s. 98-104) relacjonowane są liczne prace, czasem o sprzecznych ustaleniach. I tak np. K. H. Wewetzer stwierdził, że chorzy na schizofrenię częściej wybierają fiolet, brąz, biel i szarość, a J. C. Brengelmann wskazywał na zaniżone wybory koloru brązowego i niebieskiego, potwierdzając jednocześnie częste wybory purpury. Preferencję bieli potwierdzili P. O'Reilly, R. Holzinger i D. B. Lewett. W. Frohoff uzyskał podobne dane: chorzy na schizofrenię preferowali purpurę oraz kolor szary i biały, a unikali wyborów koloru żółtego i pomarańczowego. A więc wybieranie barwy purpurowej, szarej i białej wydawałoby się typowe dla chorych na schizofrenię. O'Reilly i D. Blewett podważyli jednak znaczenie wyboru purpury dla diagnozy schizofrenii, stwierdzając częste wybory tego koloru wśród nieschizofrenicznych pacjentów psychiatrycznych, podczas gdy chorzy na schizofrenię i osoby zdrowe nie różnili się istotnie pod tym względem. Badacze ci nie stwierdzili również znaczenia diagnostycznego syndromu „normalności”. Frohoff wskazywał na częste wybory koloru zielonego u mężczyzn chorych na schizofrenię; kobiety chore na schizofrenię nie wykazywały podobnej tendencji. Jedyne znane nam nowsze badania kliniczne na gruncie polskim za pomocą TPB prezentuje praca Weysenhoff (1991); dotyczy ona jednak chorych na nerwicę oraz osób z chorobami somatycznymi. Niektóre dane sprzed pół wieku zdają się harmonizować z danymi omawianymi w tej pracy. Na przykład kolory biały i szary to komponenty syndromu achromatycznego wyraźniej zaznaczonego u osób chorych na schizofrenię przy układaniu piramid ładnych, a kolor niebieski to element nieco rzadziej występującego niż u osób zdrowych syndromu „normalności”. Aby odnieść się do historycznych wyników badań, konieczna jest jednak analiza częstości występowania poszczególnych kolorów, a nie tylko ich zespołów (syndromów).

Na podstawie ustalonych w tej pracy prawidłowości możemy stwierdzić, że w grupie chorych na schizofrenię zaznaczyły się przeciwne tendencje w preferencji barw niż w grupie osób zdrowych. Osoby chore, układając piramidy ładne, istotnie częściej wybierały te kolory, które ogólnie uchodzą za „brzydkie” (odcienie achromatyczne). Jednocześnie nieco rzadziej niż osoby zdrowe używały do budowy ładnych piramid kolorów najbardziej popularnych, najczęściej uchodzących za „ładne” (syndrom „normalności”), ale różnica ta zbliżała się jedynie do istotności. Dane te można próbować interpretować jako zaburzenia na wymiarze wartościowania. Następnym wnioskiem, jaki się nasuwa, jest to, że płeć bardziej różnicowała badane osoby niż sam fakt choroby, ale jedynie w odniesieniu do piramid brzydkich. Najwięcej różnic ujawniło się między zdrowymi kobietami i zdrowymi mężczyznami, a następnie między wszystkimi kobietami i całą grupą mężczyzn. Zdrowe kobiety różniły się od kobiet chorych, podczas gdy między analogicznymi grupami mężczyzn nie stwierdzono żadnych różnic. Płeć żeńska jako taka i płeć żeńska w powiązaniu ze stanem zdrowia okazały się więc istotnymi zmiennymi wpływającymi na preferencje barw. Zdrowe kobiety, w przeciwieństwie do zdrowych mężczyzn, wyraziły swój brak akceptacji dla bodźców związanych z poczuciem dezorganizacji i chaosu, a także bodźców związanych z energią i motywacją popędową (o produktywnym charakterze). Kobiety wykazały się również większą potrzebą bodźców aktywizujących oraz tendencją do zachowań konwencjonalnych (łączyć się ona może z silniejszą potrzebą bycia akceptowanymi społecznie, a nawet z postawą konformistyczną). Podobny kierunek różnic utrzymał się przy porównaniu wszystkich kobiet z całą grupą mężczyzn. Można powiedzieć, że kobiety, a zwłaszcza kobiety zdrowe, reagowały w sposób konwencjonalny nie tylko dlatego, że do budowy brzydkich piramid w mniejszym stopniu wykorzystywały kolory ogólnie przyjęte jako ładne (syndrom „normalności”, syndrom stymulacji), ale również dlatego, że częściej posługiwały się tu kolorami łączonymi przez twórców testu z napięciem i poczuciem dezorganizacji. W tym kontekście trudna jest interpretacja faktu, że do budowy brzydkich piramid kobiety wykorzystywały także barwy należące do syndromu popędów, a temu syndromowi Schae i Heiss nadają pozytywne znaczenie. W tym miejscu należy zaznaczyć, że interpretacja syndromów jest utrudniona przez często zupełnie różne znaczenie kolorów włączonych do jednego zespołu. Na przykład syndrom popędów traktowany jako wskaźnik wysokiego poziomu energii i zdolności do wykorzystania afektu dla produktywniej aktywności składa się z barwy żółtej (głównie związanej z aktywnością zorganizowaną wokół celów), zielonej

(będącej wyrazem utrzymania homeostazy, odpowiedniej proporcji w reagowaniu na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne), ale również z barwy brązowej łączonej z takimi cechami, jak istnienie silnych, prymitywnych impulsów, z którymi próbuje się walczyć za pomocą negatywizmu, tępego uporu i niekonwencjonalnych reakcji; podwyższone wybory koloru brązowego autorzy testu łączą z brakiem wglądu i empatii (sprzeczne znaczenia w stosunku do zieleni, którą autorzy testu łączą z wrażliwością na uczucia innych), a także z brakiem efektywności działania (Schaie, Heiss, 1964, s. 12, 118-125). Dla pełnej interpretacji poszczególnych syndromów należałoby wobec tego wyważyć proporcje częstości pojawienia się poszczególnych barw składających się na cały zespół.

Kobiety chore reagowały odmiennie. W przeciwieństwie do zdrowych kobiet wyraziły swą nieakceptację dla bodźców o właściwościach stymulujących, a lepszą tolerancję na bodźce symbolizujące wewnętrzny niepokój i poczucie dezorganizacji. Wyniki uzyskane przez kobiety chore można próbować interpretować jako wyraz potrzeby wycofania (zajmowania niższych pozycji na wymiarze stopnia aktywacji) i radzenia sobie z kontrolą impulsów w infantylny, regresyjny sposób. Interpretacja wyników uzyskanych przez zdrowych i chorych mężczyzn powinna być ostrożna ze względu na różnicę w wykształceniu stwierdzoną między tymi grupami. Różnica ta nie była jednak krańcowa – dotyczyła jedynie proporcji wykształcenia średniego i wyższego, ponadto chorzy i zdrowi mężczyźni reagowali podobnie przy wyborze kolorów.

Dobór kolorów do układania piramid ładnych słabiej zróżnicował badane osoby niż dobór kolorów do układania piramid brzydkich. Fakt ten wydaje się zgodny z przypuszczeniem, że badani traktują układanie piramid ładnych jako pewne wyzwanie, mobilizują się i starają dostosować do intuicyjnie wyczuwanych norm (Heiss, Halder, Höger, 1998, s. 96).

Podczas gdy w zróżnicowaniu badanych pod względem syndromów, a więc jakości wybieranych barw, ważną rolę odgrywała płeć, a kobiety chore i zdrowe bardziej różniły się od siebie niż chorzy i zdrowi mężczyźni, w zróżnicowaniu badanych pod względem formuły sekwencji główną rolę odegrał sam fakt choroby, a mężczyźni chorzy i zdrowi bardziej różnili się od siebie niż chore i zdrowe kobiety. To osoby chore, a zwłaszcza chorzy mężczyźni, odznaczały się sztywnością emocjonalną, zawężoną przestrzenią życiową i stosowaniem takich mechanizmów obronnych, jak stereotypowość i wycofanie. Możemy powiedzieć, że chore kobiety wyrażały nieakceptację własnej reaktywności i potrzebę wycofania emocjonalnego głównie poprzez wybory



i odrzucenia różnych jakości barw, a chorzy mężczyźni podobne odczucia wyrażali przede wszystkim przez ograniczenie swoich reakcji do zawężonego zbioru barw. Osoby zdrowe częściej kwalifikowały się do kategorii 1 i 2 (a więc do kategorii oznaczających labilność), osoby chore zaś częściej kwalifikowały się do kategorii 3-9. Stwierdzenie to jest interesujące dlatego, że było nieoczekiwane. Można się spodziewać, że najwięcej osób zdrowych zgrupuje się w kategoriach środkowych (4-8). Tymczasem najpowszechniejszą cechą osób zdrowych była labilność emocjonalna (kategoria 2) ujawniana przy układaniu piramid ładnych i skrajna labilność przy układaniu piramid brzydkich (kategoria 1). Można się zastanawiać, czy labilność nie jest statystycznie ujętą normą dla zdrowej populacji w Polsce. Skrajną labilność przy układaniu piramid brzydkich można próbować interpretować jako pewną niedbałość, małe zainteresowanie jakością ułożenia piramid. Być może znaczenie miałyby tu także wzmożona labilność w sytuacji zmniejszonej samokontroli. Możliwa jest i inna interpretacja – szerszy zakres wybranych barw można traktować jako wyraz autentycznego wyboru i większego zaangażowania w wykonywane zadanie (Heiss, Halder, Hoyer, 1998, s. 69). W stosunku do osób chorych na schizofrenię można było oczekiwać albo większej labilności, czyli nieradzenia sobie z selekcją bodźców (Nuechterlein, 1977; Frith, 1979; Mednick, 1958), albo skrajnego ograniczenia zakresu reaktywności spowodowanego lękiem (Jarosz, 1979; Załęcki, 1994). Na podstawie danych zawartych w tab. 4 należy opowiedzieć się raczej za tą drugą alternatywą. Interesujące jest to, że najwyższy procent chorych znalazł się w kategorii 4, świadczącej według autorów testu o korzystnym, plastycznym stylu reagowania. Następną jednak najczęstszą kategorią okazała się kategoria 7, łącząca się ze sztywnością i skłonnością do perseweracji. W materiale zebranym w tej pracy nie znaleziono potwierdzenia dla hipotezy, że kategoria 3 (labilność przy równoczesnym zawężeniu repertuaru reakcji) jest typowa dla osób chorych na schizofrenię.

Nie wdając się w bezpośrednie badanie konkretnych reakcji emocjonalnych w odpowiedzi na specyficzne dla nich bodźce, można uzyskać wgląd w funkcjonowanie sfery afektywnej, rozumianej jako samoregulujący się system, dający się opisać za pomocą takich wymiarów, jak siła i trwałość pobudzenia oraz jakość przeżywanych stanów (przyjemność-nieprzyjemność). Chorzy na schizofrenię w pośredni sposób, poprzez dokonywane wybory barw, ujawnili pewne cechy swej afektywności, np. tendencję do nietypowego wartościowania bodźców, sztywność reakcji i zawężenie ich zakresu. U chorych kobiet zaznaczyła się tendencja do unikania nadmiernej (w ich poczuciu) stymulacji

oraz do infantylnych, regresyjnych mechanizmów kontroli własnych impulsów. Można więc na podstawie uzyskanych danych potwierdzić odmienne formalne cechy emocjonalności chorych na schizofrenię osób w porównaniu z osobami zdrowymi.

W prezentowanej tu pracy nie wykorzystano wszystkich możliwości dokładniejszego zanalizowania cech systemu afektywnego osób chorych na schizofrenię oraz osób zdrowych (np. w zależności od cech temperamentu – ekstrawersja i intrawersja, stopnia neurotyczności czy innych zmiennych osobowościowych lub zmiennych związanych z chorobą – choćby typu objawów czy czasu trwania choroby). Celem naszym było jednak jedynie stwierdzenie, czy TPB różnicuje badane grupy i czy chorzy na schizofrenię ujawnią specyfikę swojej afektywności. Do badania wybrano pacjentów w wyrównanym stanie zdrowia, ponieważ interesowały nas trwałe cechy systemu emocjonalnego chorych; nie dociekano też, czy są one wynikiem choroby, czy też przedchorobowych predyspozycji.

#### BIBLIOGRAFIA

- Averill, J. R. (1998). Czy istnieją emocje podstawowe? W: P. Ekman, R. J. Davidson (red.), *Natura emocji* (s. 11-25). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bobryk, J. (1985). Problem relacji między teoriami naukowymi a danymi empirycznymi na przykładzie międzykulturowych badań nad nazywaniem i zapamiętywaniem kolorów. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii* (t. 4). Warszawa: PWN.
- Borod, J. C. (red.) (2000). *The neuropsychology of emotion*. Oxford: University Press.
- Doliński, D. (2000). Ekspresja emocji. Emocje podstawowe i pochodne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 351-367). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Doliński, D. (2000). Mechanizmy wzbudzania emocji. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 319-347). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Doliński, D. (2000). Teorie emocji. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 395-406). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Frith, C. D. (1979). Consciousness, information processing and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 134, 1225-1235.
- Frumkina, R. M. (1984). *Cvet, smysl, schodstvo. Aspekty psiholingwističeskogo analiza*. Moskwa: Nauka.
- Heiss, R., Halder, P., Höger, D. (1998). *Test piramid barwnych*. Warszawa: Wydawnictwo ERDA.
- Jarosz, M. (1979). Autyzm jako patologiczny mechanizm obronny osobowości. *Psychiatria Polska*, 13, 2, 111-117.
- Kwiatkowska, S. E. (b.r.w.). *Test Barwnych Piramid*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

- Mednick, R. S. (1958). A learning theory approach to research in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 78, 5, 316-327.
- Nuechterlein, K. H. (1977). Reaction time and attention in schizophrenia. A critical evaluation of the data and theories. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 3, 373-428.
- Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110, 1, 145-172.
- Schaie, K. W., Heiss, R. (1964). *Color and personality. A manual for the Color Pyramid Test*. Berne: Hans Huber Publishers.
- Scherer, K. R. (1998). Ku pojęciu „emocji modalnych”. W: P. Ekman, R. J. Davidson (red.), *Natura emocji* (s. 30-36). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Shweder, R. (1998). „Nie jesteś chory, tylko się zakochałeś” – emocja jako system interpretacji. W: P. Ekman, R. J. Davidson (red.), *Natura emocji* (s. 36-47). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Siek, S. (1986). *Struktura osobowości*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Taylor, J. R. (2001). *Kategoryzacja w języku*. Kraków: Universitas.
- Wciórka, J. (2002). Psychopatologia. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Weysenhoff, A. (1991). *Preferencje barw w diagnozowaniu stanów emocjonalnych osób zdrowych i chorych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Wierzbicka, A. (1992). Semantics, culture and cognition: Universal human concepts in culture – specific configurations. New York–Oxford: Oxford University Press.
- Wierzbicka, A. (1999). *Język – umysł – kultura*. Warszawa: PWN.
- Wrońska, J. (1990). Niektóre kontrowersje w psychologii emocji. *Przegląd Psychologiczny*, 33, 1, 147-167.
- Zadęcki, J. (1984). Uwagi ogólne o życiu uczuciowym we wczesnej schizofrenii. *Psychiatria Polska*, 18, 5, 343-347.
- Zagórska, W. (1991). Wybrane koncepcje psychologiczne związku między barwami a emocjami. *Nowiny Psychologiczne*, 5-6, 17-24.
- Zajonc, R. B. (1985). Uczucia a myślenie: nie trzeba się domyślać, by wiedzieć, co się woli. *Przegląd Psychologiczny*, 28, 1, 27-69.

DIAGNOSTIC VALUE OF WARNER SCHAIE'S AND ROBERT HEISS'  
COLOR PYRAMID TEST FOR EVALUATION  
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' EMOTIONALITY

S u m m a r y

The aim of the work was the evaluation of formal emotionality features of patients suffering from paranoid schizophrenia in comparison with healthy people. It was assumed that emotionality can be described by means of measurements (excitation, arousal, pleasure – displeasure) and that it is a self-regulating system constituting the background on which other, more complex emotional phenomena can be examined. The emotionality system was examined by means of Schaie and Heiss's Colour Pyramid Test. The whole range of colour choices belonging to the so called syndromes has been analyzed (the normal syndrome, the stimulation syndrome, the drive syndrome, the achromatic syndrome, the turmoil syndrome). What was also examined was the so called sequential formula reflecting the range and stability of the choices. 72 persons suffering from schizophrenia and 49 healthy persons were examined. The schizophrenic patients were choosing achromatic tints for pretty pyramids more often, whereas the normal syndrome was less frequent. Healthy persons were choosing disorganization colours for ugly pyramids. The results have been interpreted as the indicators of the distortions of the emotional system on the level of evaluation and arousal. More differences appeared in the construction of ugly pyramids which may be explained by the reduced control of behaviour. Sex appeared to be another significant variable. Women reacted in a more conventional way (especially the healthy ones); they more frequently expressed their disapproval of disorganization and desire colours in comparison with men. On the other hand, women suffering from schizophrenia, were choosing stimulating colours for ugly pyramid (as if protecting themselves from the excessive stimulation) more frequently than the healthy ones. The analysis of the so called sequential formula has shown that sick persons were characterized by emotional inflexibility and the tendency towards reducing the range of their own reactions.

**Słowa kluczowe:** emocjonalność, schizofrenia, Test Piramid Barwnych.

**Key words:** emotionality, schizophrenia, Color Pyramid Test.